



Page 1 de/of 4

**Clinique des cancers héréditaires
Département de génétique médicale
Centre universitaire de santé McGill
Bloc A, 4^{ième} étage, salle A043140.2
1001 boulevard Décarie
Montréal, Qc
H4A 3J1
adult.genetics@muhc.mcgill.ca**

Hereditary Cancer Clinic
Department of Medical Genetics
McGill University Health Center
Block A, 4th floor, room A043140.2
1001 boulevard Décarie
Montréal, Qc
H4A 3J1
adult.genetics@muhc.mcgill.ca

Vous (ou votre enfant) avez été référé(e) à la clinique des cancers héréditaires de département de génétique médicale.

Dans la préparation de votre rendez-vous, les réponses dans ce questionnaire nous aideront à évaluer la probabilité d'une cause héréditaire pour vous et votre famille. Même si peu d'informations sont connues sur les antécédents de votre famille, nous vous demandons de remplir le formulaire pareillement et nous le retourner. Si vous remplissez ce formulaire pour un mineur, s'il vous plaît répondre à toutes les questions au nom de votre enfant.

Ce serait important pour nous d'avoir cette information à l'avance, car elle fournira une évaluation plus précise pour vous et votre famille. Veuillez retourner ce formulaire de trois pages par courrier, courriel ou fax. Nous vous contacterons par téléphone pour prendre votre rendez-vous. Si vous avez des questions, s'il vous plaît n'hésiter à nous contacter.

You (or your child) were referred to the Hereditary Cancer Clinic in the Department of Medical Genetics.

In preparation for your appointment, the answers provided in this questionnaire will help us to evaluate the likelihood of a hereditary cause for you and your family. Even if little or no information is known about your family history, we ask that you still complete and return this form. If completing this form for a minor, please answer all questions on behalf of your child.

Having this information in advance, will help us to better address your concerns. Please return this three page questionnaire by mail, email or fax. We will be contacting you by telephone to schedule a clinic appointment. If you have any questions, please do not hesitate to call for assistance.

INFORMATIONS PERSONNELLES / Personal Information

Page 2 de/ of 4

NOM / Name: _____
NOM DE JEUNE FILLE / Maiden Name **PRÉNOM / First Name** **NOM D'ÉPOUSE / Married Name**

ADRESSE / Address: _____
NUMÉRO / Number - RUE / Street - App./Apt - VILLE / City - PROVINCE - CODE Postal Code

DATE DE NAISSANCE: _____ - _____ - _____ **N° D'ASSURANCE MALADIE:** _____
Date of birth AAYY MM DJ Medicare Number

Contact:
(CELLULAIRE / Cellular) _____ **(DOMICILE / Home)** _____
(TRAVAIL / Work) _____ **(COURRIEL / Email)** _____

AVEZ-VOUS ACTUELLEMENT UN DIAGNOSTIC DE CANCER? / Do you currently have cancer? **OUI / Yes** **NON / No**
AVEZ-VOUS EU UN DIAGNOSTIC DE CANCER DANS LE PASSÉ? / Have you had cancer in the past? **OUI / Yes** **NON / No**
SI OUI, QUEL TYPE ET À QUEL ÂGE?
If yes, what type and at what age? _____

AVEZ-VOUS EU DES POLYPPES COLORECTAUX? / Have you ever had colorectal polyps **OUI / Yes** **NON / No**
SI OUI, COMBIEN DE POLYPPES? / If yes, how many polyps? <5 5-10 10-100 >100

MÉDECIN DE FAMILLE / Family Doctor : _____

MÉDECIN VOUS AYANT RÉFÉRÉ / Referring physician: _____
POUR QUELLE RAISON AVEZ-VOUS ÉTÉ RÉFÉRÉ
Reason for Referral: _____

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX / Family history

AVEZ-VOUS, OU UN (DES) MEMBRE(S) DE VOTRE FAMILLE, SUBI DES TESTS GÉNÉTIQUES LIÉS AU CANCER HÉRÉDITAIRE? / Have you or any member of your family had testing for genes linked to hereditary cancer?

OUI / Yes **NON / No** **NE SAIS PAS / Not sure**

SI OUI, QUELS SONT LES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE AYANT SUBI UN TEST GÉNÉTIQUE, QUEL EST LEUR NOM ET À QUEL ENDROIT ILS ONT FAIT CE TEST / If yes, who in your family was tested, what is their name and where did they have testing :

QUEL EST LE RÉSULTAT? / What was the outcome? * _____

***NOUS AVONS BESOIN D'UNE COPIE DES RÉSULTATS DU TEST GÉNÉTIQUE AVANT VOTRE RENDEZ-VOUS**
We require a copy of this genetic test result before your appointment.

QUELLES SONT VOS ORIGINES? (PAR EX. CANADIENNE FRANÇAISE, JUIVE ASHKÉNAZE, AFRICAINE-AMÉRICAINNE, ASIATIQUE, ANGLLO-SAXONNE, IRLANDAISE, ETC.) / What are your family's ethnic origins? (Ex. French Canadian, Ashkenazi Jewish, African-American, Asian, Anglo-Saxon, Irish, etc.)

MÈRE/Mother's: _____ **PÈRE/Father's:** _____

Nom/**Name** :

No dossier/**MRN** :

Page 3 de/ of 4

INFORMATIONS FAMILIALES / Family information

COMBIEN D'ENFANTS BIOLOGIQUES, VIVANTS ET DÉCÉDÉS, AVEZ-VOUS? _____ **FILS** / Son _____ **FILLES** / Daughters
How many biological children, living and deceased, do you have?

COMBIEN DE FRÈRES/SŒURS BIOLOGIQUES, VIVANTS ET DÉCÉDÉS, AVEZ-VOUS?
How many biological siblings, living and deceased, do you have?
_____ **FRÈRES** / Brothers _____ **SŒURS** / Sisters

L'UN DE VOS FRÈRES ET SŒURS A-T-IL UNE AUTRE MÈRE QUE LA VÔTRE ? **OUI** / Yes **NON** / No
Does anyone of your siblings have a different mother than you?
SI OUI, LE(S) QUEL(S)? / If yes, which one(s)? _____

L'UN DE VOS FRÈRES ET SŒURS A-T-IL UN AUTRE PÈRE QUE LE VÔTRE ? **OUI** / Yes **NON** / No
Does anyone of your siblings have a different father than you?
SI OUI, LE(S) QUEL(S)? / If yes, which one(s)? _____

NOM DE JEUNE FILLE DE VOTRE MÈRE / Mother's maiden name: _____
VOTRE MÈRE EST-ELLE VIVANTE? / Is your mother living? **OUI** / Yes **NON** / No

COMBIEN DE FRÈRES ET SŒURS, VIVANTS ET DÉCÉDÉS, VOTRE MÈRE A-T-ELLE ?
How many siblings does your mother have? _____ **FRÈRES** / Brothers _____ **SŒURS** / Sisters
COMBIEN SONT VIVANTS? / How many are alive? _____ **FRÈRES** / Brothers _____ **SŒURS** / Sisters

NOM DE VOTRE PÈRE / Father's Name: _____
VOTRE PÈRE EST-IL VIVANT? / Is your father living? **OUI** / Yes **NON** / No

COMBIEN DE FRÈRES ET SŒURS, VIVANTS ET DÉCÉDÉS, VOTRE PÈRE A-T-IL ?
How many siblings does your father have? _____ **FRÈRES** / Brothers _____ **SŒURS** / Sisters
COMBIEN SONT VIVANTS? / How many are alive? _____ **FRÈRES** / Brothers _____ **SŒURS** / Sisters

AUTRES INFORMATIONS QUE VOUS AIMERIEZ COMMUNIQUER AVEC NOUS AU SUJET DE VOTRE SANTÉ ET/OU LA SANTÉ DE VOS MEMBRES DE FAMILLE? SI OUI, VEUILLEZ L'AJOUTER CI-DESSOUS.

Is there anything else you think we ought to know about your personal and/or family history? If so, please add below.
